

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N^o
634

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 22 juillet 1898, à 9 heures

Par NICOLAS ALEX. PETZALIS

Né à Athènes, le 16 Février 1872

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LE

TRAITEMENT DES SALPINGO - OVARITES

Président : M. BERGER, professeur.

Juges { MM. SCHWARTZ, professeur.
BRUN et POIRIER, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

— THÈSE

N° 634

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 22 juillet 1898, à 9 heures

Par NICOLAS ALEX. PETZALIS

Né à Athènes, le 16 Février 1872

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

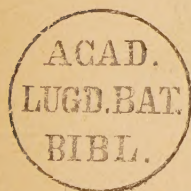
SUR LE

TRAITEMENT DES SALPINGO - OVARITES

Président : M. BERGER, professeur.

*Juges { MM. SCHWARTZ, professeur.
BRUN et POIRIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

45, rue Racine, 45

—
1898

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	LABOULBENE.
	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale.	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	N.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
CHARRIN	HEIM	ques.	WEISS
CHASSEVANT	LEJARS	RÉTTERER	WIDAL
DELBET	LETULLE	RICARD	WURTZ
	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

Infime hommage de reconnaissance

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL BERGER

Chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

Chevalier de la Légion d'honneur.

Quelques Considérations

SUR LE

TRAITEMENT DES SALPINGO-OVARITES

INTRODUCTION

Il existe peu de questions en gynécologie, qui aient été l'objet de travaux plus nombreux, et qui ont reçu en même temps des solutions plus variées, que celle du traitement des lésions des annexes utérines. Cette abondance d'opinions et des traitements, prouve que le sujet s'il n'est pas complètement épuisé de nos jours, du moins, qu'il ne reste pas encore beaucoup à faire.

Aussi, ne prétendons nous pas, apporter dans cet essai une vive lumière, car, nos maîtres ont si magistralement traité la question, que cela serait au dessus de nos forces. Il nous a donc suffi, de relater ici un certain nombre d'observations recueillies dans le service gynécologique de notre éminent maître M. le professeur S. Duplay, et

en tirer quelques faits nouveaux et certaines conclusions sur les résultats que donnent les opérations courantes, ayant pour but le traitement des annexites.

Nous avons cru bien faire avant d'entrer dans le cœur même de notre sujet, de jeter un coup d'œil rapide sur l'histoire, l'étiologie et l'anatomie pathologique. Cela nous a paru indispensable, vu que toutes les interventions desquelles nous allons parler, tirent leurs principales indications de la pathogénie.

Que M. le Professeur P. Berger veuille bien accepter notre reconnaissance, pour l'enseignement précieux, que nous avons puisé auprès de lui, et pour avoir bien voulu nous honorer en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous exprimons, également, notre reconnaissance à tous nos maîtres de la Faculté des Hôpitaux de Paris et de Montpellier.

Nous tenons à témoigner ici toute notre gratitude au distingué chef des travaux gynécologiques du service de M. le professeur Duplay, M. S. Clado, dont le précieux concours, a tant facilité notre tâche.

HISTORIQUE

C'est Mauriceau qui le premier en 1668, dans son *Traité de maladies de femmes grosses* et de celles qui sont accouchées, a effleuré cette question en émettant quelques notions sur les affections du bassin et des trompes. Pujos en 1760 attribue les abcès du bassin à une métastase laiteuse. Mais il faut arriver jusqu'à Frédéric Ruych en 1737 pour trouver des notions plus précises sur la question. En effet dans son *opera omnia*, publié à Amsterdam il dit : « Beaucoup de causes de la stérilité des femmes ont été trouvées, parmi lesquelles il faut compter l'oblitération des trompes de Fallope ». Ailleurs ce même auteur dit avoir trouvé dans plusieurs nécropsies, les trompes oblitérées tantôt à une extrémité tantôt à l'autre, et il en accuse une légère inflammation résultant d'un accouchement. En 1761, de Haen étudie la tumeur salpingienne, puis Astruc qui formula même un traitement des hydropisies de la trompe : la ponction. Portal au commencement de ce siècle en 1804 donne une description et une division des maladies des trompes.

Lisfranc parle des salpingites dans ses *Cliniques de la Pitié* en 1843. Marchac de Calvi en 1844 fait une thèse sur les abcès phlegmoneux intra-pelviens. Aran en 1858

étudie les maladies de l'utérus et ses annexes. Dans ses *leçons cliniques sur les maladies de l'utérus* p. 625, il dit : « Revêtue comme elle l'est d'une membrane séreuse à l'extérieur, pourvue de nombreux vaisseaux, la trompe utérine est certainement dans les conditions les plus favorables pour être le siège d'une inflammation ; et sa libre continuité avec le péritoine pelvien d'une part ; avec la muqueuse utérine de l'autre ; ajoute à la facilité avec laquelle cette inflammation peut se développer ».

Boivin et Dugès attribuaient l'inflammation des trompes aux couches laborieuses ou aux avortements. Ces deux auteurs étaient tellement convaincus de la fréquence de cette complication post-puerpérale, qu'ils conseillaient pendant les suites des couches d'agir d'une façon préventive, en appliquant vers l'hypogastre et vers les aînes, dès l'apparition de la moindre douleur, l'action des émollients et des autres antiphlogistiques (sangsues, ventouses, etc.).

Depuis, plusieurs anatomo-pathologistes et gynécologues ont étudié avec beaucoup de soins les affections des trompes et des ovaires. Siredey en étudiant la fréquence de lésions annexielles tend à accorder à l'ovarite le rôle principal, tout en ne niant pas la fréquence de la salpingite. Bernütz et Goupil ont établis dans leur ouvrage la fréquence de la pelvipéritonite mais dans toutes leurs observations, avec nécropsie, le point de départ de l'inflammation du péritoine et du petit bassin paraît être l'inflammation des trompes, qui sont gorgées de pus. Virchow décrit la paramérite.

Enfin avec les progrès de l'ère antiseptique et par con-

séquent ceux de la chirurgie, on a pu mieux étudier les lésions annexielles à tous les points de vue. C'est en 1872 que pour la première fois, Lawson-Tait, pratiqua l'extirpation des annexes. Les travaux de Hégar et Lawson-Tait, de Lavie, Cornil et Terrillon, Le Dentu, Péan, Terrier, Pozzi, Delbet, Bouilly, Segond, Montprofit, Mordret, Hartmann en France et Sænger, Martin, Orthmann, Freund, Kaltenbach, Schanta, Landau, Veit à l'étranger... etc., etc. ont fait faire un grand pas à la question. Nous aurons l'occasion, en traitant de l'étiologie et de l'anatomie pathologique, de voir la part pour laquelle chacun de ces maîtres a contribué dans l'étude de cette question.

ETIOLOGIE

Nous serons bref sur l'étiologie de la salpingo-ovarite.

C'est une affection de la vie génitale de la femme, c'est surtout de 20 à 35 ans qu'on l'observe le plus fréquemment ; généralement elle est consécutive à l'infection utérine, à l'endométrite qui, elle-même, reconnaît pour cause habituelle la blennorrhagie ou la puerpéralité.

La blennorrhagie est une cause fréquente de salpingite ; Ricord avait signalé la possibilité de l'extension de la blennorrhagie aux organes génitaux internes de la femme ; Mercier avait rapporté des cas non douteux d'annexite blennorrhagique et Næggerath avait attiré l'attention sur la gravité de l'infection gonorrhéïque chez la femme. Scenger en 1886 au Congrès de Magdebourg insistant sur la fréquence des affections blennorrhagiques déclarait qu'elles constituaient un neuvième des cas de sa pratique. Cette doctrine d'ailleurs devait recevoir une éclatante confirmation dans les recherches bactériologiques de Noëggerath, Zweifel, Witte, Orthmann, et Heller, qui découvrirent la présence du gonocoque de Neisser dans le pus des salpingites.

Toutefois, à côté de ces salpingites blennorrhagiques pures, il est une classe de salpingites mixtes, plus impor-

portante encore, se rapportant aux annexites le plus fréquemment observées et engendrées par le gonocoque associé aux micro-organismes que l'on rencontre normalement au niveau de la muqueuse du vagin et de l'utérus. Winter n'a-t-il pas démontré qu'il existe chez la moitié des femmes une zone dangereuse, des plis palmés de la muqueuse du col de l'utérus, zone dans laquelle pullulent un grand nombre de microbes saprophytes ou pathogènes ?

D'autre part, *Burne* n'a-t-il pas montré que dans les vieilles blennorrhées on trouvait à côté du diplocoque de Neisser d'autres cocci beaucoup plus nombreux et localisés dans les cellules lymphatiques émigrées qui forment la majeure partie de l'écoulement ?

Les espèces pathogènes qu'on trouve dans ces conditions sont tous les cocci pyogènes ; streptococcus albus, aureus, citreus, staphylococcus pyogènes, micrococcus conglomératus, diplococcus flavus, et le colli-bacille.

Sous l'influence de l'infection blennorrhagique, ces micro-organismes situés normalement dans le vagin et l'utérus, exaltent leur virulence et déterminent les lésions utéro-annexielles que nous étudierons plus loin. Ils retrouvent leur activité première dans l'apport d'un microbe à l'état de culture active, que le nouveau venu soit réellement un nouveau venu, ou bien qu'il n'ait de nouveau que le réveil de sa virulence par suite de conditions à lui particulièrement favorables, il n'entraîne pas moins à sa suite les autres.

L'infection puerpérale joue le rôle de facteur important dans l'étiologie des salpingites, et celui qui a eu l'idée de

comparer l'utérus de la femme après les couches à une plaie, ne se doutait peut-être pas de la vérité qu'il venait d'émettre. M. Bouilly insiste sur le rôle prépondérant du streptocoque dans la genèse des annexites quand il dit : « Cette étiologie (blennorrhagie) me paraît plus rare que ne me semble le croire mon collègue Pozzi et qu'on ne l'a dit à l'étranger. Les accidents du côté des trompes me paraissent surtout succéder à des formes atténuées de septicémie puerpérale, survenant après les accouchements à terme ou à des avortements. Toutes les femmes que j'ai opérées, sauf une, avaient eu des grossesses arrivées à termes ou des avortements, et c'est après ces couches qu'elles faisaient débiter leurs accidents douloureux du côté du bas-ventre ». C'est également l'opinion de Mundé.

M. P. Delbet reconnaît également que la proportion des femmes atteintes de salpingites ayant des grossesses terminées par des accouchements ou des avortements et faisant remonter leur maladie aux accidents post-puerpéraux est en effet considérable.

Dans une statistique dressée par lui, il montre que les deux tiers des malades observées ont eu des avortements.

« Le nombre de femmes, dit-il, qui ont eu des enfants est donc plus considérable que celui des femmes stériles. Mais qu'en peut-on conclure au point de vue de la nature même des salpingites ? Absolument rien. En effet, il n'est pas douteux que les femmes stériles peuvent avoir des métrites infectieuses vulgaires à streptocoques ou à taphylocoques, non blennorrhagiques par conséquent.

Et d'autre part les femmes qui ont eu des grossesses ne sont pas forcément indemnes de blennorrhagie. D'abord la blennorrhagie est souvent une cause d'avortement. En outre la blennorrhagie vaginale n'empêche pas toujours une grossesse d'arriver à terme, l'ophtalmie des nouveau-nés est là pour le prouver, et l'accouchement peut n'avoir d'autre rôle que d'ouvrir les organes génitaux internes à une blennorrhagie installée depuis longtemps dans le vagin. De sorte que les conditions étiologiques cliniquement appréciables, ne peuvent nous renseigner avec exactitude sur la nature des salpingites ».

M. S. Pozzi a montré le rôle de l'infection puerpérogonorrhéique dans la production des salpingo-ovarites. Quand une femme est atteinte d'une blennorrhée ancienne, ce qui est le cas le plus commun, l'agent pathogène a perdu tout ou partie de sa virulence, il est domestiqué, comme le dit M. Pozzi ; qu'une infection puerpérale consécutive à un accouchement à terme ou à un avortement vienne se surajouter à l'infection préexistante, il y aura comme un réveil du microbisme latent et les micro-organismes récupéreront leur virulence menaçant d'infecter les annexes.

A côté de ces causes vulgaires d'annexites, nous citerons les infections consécutives à de véritables inoculations par des instruments malpropres introduits dans le vagin ou l'utérus : c'est l'histoire de la proscription de l'hystéromètre avant l'ère Pasteurienne.

Nous n'ignorons pas non plus le rôle que jouent certaines maladies générales infectieuses dans la genèse des salpingites, telles que la fièvre typhoïde, la scarlatine,

la variole, les oreillons, la grippe, etc. Ces affections peuvent engendrer à elles seules la salpingo-ovarite, ces cas sont rares, mais ils ont été signalés par Sims, Eastmann et Walther et Pozzi; plus fréquemment elles réveillent une infection latente en lui donnant un coup de fouet, soit par l'apport de microbes spécifiques en pleine virulence, soit encore en affaiblissant l'organisme et en mettant le sujet dans un état de *minoris resistentiæ*.

Il est d'autres causes déterminantes des salpingites cependant. La tuberculose est l'une des plus intéressantes; la salpingite tuberculeuse est la manifestation la plus fréquente pour ne pas dire constante de la tuberculose génitale de la femme. Elle a été bien étudiée par Bernutz, Siredey et Cornil.

Elle peut être une manifestation secondaire d'une tuberculose d'un viscère plus ou moins éloigné, du poulmon par exemple; toutefois, on peut l'observer à l'état isolé et la tuberculose semble s'être localisée uniquement à la trompe. L'ovaire est plus rarement atteint ou alors il l'est consécutivement à la trompe. Les lésions que l'on observe sont généralement des lésions chroniques; la trompe est augmentée de volume et présente les altérations de la salpingite parenchymateuse ou même dans les cas avancés du pyo-salpinx; sur sa face péritonéale on constate la présence des bosselures constituées par une agglomération des éléments dégénérés, ou de simples granulations grisâtres ou jaunâtres suivant le degré de leur évolution.

Nous avons pu assister à l'ablation d'une trompe tuberculeuse chez une malade du n° 1 de la salle Saint-Jean,

Hôtel-Dieu. L'organe était très augmenté de volume et présentait sur sa surface un semis de granulations gris-jaunâtre; l'ovaire était sain; la trompe du côté opposé paraissait normale. L'examen histologique a révélé des lésions tuberculeuses salpingiennes. La malade est guérie de son opération mais présente actuellement des lésions pulmonaires tuberculeuses assez avancées qui font craindre une issue fatale à brève échéance. Son amaigrissement est extrême et elle refuse toute nourriture. Tous les soirs elle présente une élévation de température qui oscille entre 38° et 39°.

La tuberculose annexielle peut être primitive, mais le plus souvent elle est consécutive à une infection utéro-annexielle généralement de nature blennorrhagique rappelant ainsi la pathogénie de l'orchite tuberculeuse.

Quant aux causes prédisposantes qui favorisent l'infection des annexes elles sont nombreuses, aussi ne nous bornerons-nous qu'à énumérer les principales. M. Delbet dans son admirable *Traité des suppurations pelviennes chez la femme* paru en 1891, après avoir insisté sur les traumatismes chirurgicaux qu'il considère dans certaines circonstances comme une cause occasionnelle de métrosalpingite, déclare qu'une des causes prédisposant surtout aux lésions annexielles sont les déviations et principalement les flexions utérines qui s'opposent au libre écoulement des produits de sécrétion de l'utérus. Les liquides s'accumulent dans la cavité utérine où ils stagnent et constituent un excellent milieu de culture pour les microbes introduits accidentellement dans l'utérus.

Il est reconnu également que les trompes incomplète-

ment ou vicieusement développées, favorisant la rétention des liquides sécrétés dans leur cavité, sont prédisposées à l'infection ; de même les adhérences péritonéales qui, fixant les trompes dans une position vicieuse, empêchent leur libre évacuation.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Lorsque l'on examine les annexes malades, on constate généralement une augmentation de leur volume ; c'est au niveau des trompes le plus souvent qu'apparaît le maximum des lésions.

Le volume de la trompe n'est pas ordinairement très considérable et ne dépasse guère celui du pouce ; quelquefois cependant l'organe atteint des dimensions énormes au point d'atteindre celles d'une grosse orange. La forme de l'organe ainsi hypertrophié est des plus variables. Tantôt le conduit tubaire est uniformément dilaté et présente un aspect lisse dans toute son étendue ; dans d'autres cas, au contraire, et non des moins fréquents, la dilatation est irrégulière et l'organe présente une série de bosselures et de rétrécissements qui lui donnent une forme annelée. Sa lumière est souvent oblitérée au niveau des rétrécissements et ce mode d'oblitération partielle explique la série des dilatations ampullaires que présente la cavité tubaire. Suivant la nature des lésions tubaires et de leur contenu on a divisé les salpingites en plusieurs variétés : en salpingites non kystiques et en salpingites kystiques. Les premières correspondent aux salpingites catarrhales simples et aux salpingites interstitielles ; la seconde variété com-

prend les salpingites catarrhales séreuses ou hydrosalpinx, les salpingites hémorrhagiques ou hémato-salpinx et les salpingites purulentes ou pyosalpinx.

Les salpingites tuberculeuses et syphilitiques constituent des variétés à part.

D'après la division des différentes variétés des salpingites observées, on peut tracer le tableau suivant :

A. — *Salpingites non kystiques* ;

Salpingite catarrhale simple.

Salpingite interstitielle.

B. — *Salpingites kystiques* ;

Salpingite séreuse (hydro-salpinx).

Salpingite hémorrhagique (hémato-salpinx).

Salpingite purulente (pyo-salpinx).

C. — *Salpingites spécifiques* ;

Salpingite tuberculeuse.

Salpingite syphilitique.

Salpingite actinomycosique.

Cette classification nous permet de nous rendre un compte-rendu exact de la nature des lésions tubaires et de leur multiplicité.

Lorsqu'une trompe est frappée de salpingite elle peut occuper dans le petit bassin les positions les plus variables. « Les trompes, dit P. Delbet, sont mobiles, elles peuvent être surprises par l'inflammation et rapidement immobilisées par des adhérences en un point quelconque

de leur champ d'excursion physiologique. Nous ne savons rien des mouvements de la trompe, mais nous savons qu'ils sont possibles, et c'en est assez pour le sujet en question. Les trompes affectées de salpingite peuvent donc occuper des positions très variables ; on peut les trouver en arrière, sur les côtés, au-dessus ou en avant de l'utérus.

La trompe tend généralement à prolaber dans le cul-de-sac de Douglas, et c'est le plus souvent dans le cul-de-sac postérieur que l'on sent la collection salpingienne.

La situation latérale de la trompe est également observée, mais elle est moins fréquente que la précédente, dans cette position la trompe en se distendant, peut dédoubler le ligament large sous-jacent, écarter ses deux feuilletts ; alors elle est dite incluse dans l'épaisseur du ligament. Nous montrerons plus tard combien il importe de connaître cette particularité dans l'extirpation des annexes.

Dans les salpingites les adhérences péritonéales sont assez fréquentes, mais sont loin d'être constantes même dans le cas de pyosalpinx ; tantôt, ce sont des brides plus ou moins épaisses qui fixent les annexes dans la position qu'elles occupent ; d'autres fois, les organes malades sont comme enfouis dans un magma d'adhérences qui les masquent à la vue et en rendent l'extirpation des plus pénibles. C'est principalement dans le cul-de-sac de Douglas que ces adhérences sont le plus marquées et les annexes sont fixées à la face postérieure de l'utérus où à la face antérieure du rectum, qui limitent cette région.

Du côté de l'ovaire il est fréquent d'observer des lé-

sions appréciables qui sont de même nature que celles de la salpingite ; toutefois cet organe est moins souvent altéré que la trompe et ses lésions présentent dans les cas habituels un degré beaucoup moins avancé. C'est généralement l'ovarite folliculaire simple que l'on observe ; elle aboutit à la dégénérescence microkystique des follicules qui est la conséquence des salpingites.

Quant aux ovarites suppurées que l'on observe isolées ou coïncidant avec la salpingite, elles ne sont pas la conséquence de ces dernières lésions, mais comme celles-ci elles reconnaissent pour cause l'endométrite.

Quelle qu'en soit l'étiologie, ces ovarites peuvent apparaître seules sans altération du côté des trompes et sont dues à une propagation lymphatique de l'infection utérine, c'est l'opinion de M. Lucas-Championnière, tandis que pour Schröder cette inflammation se fait par propagation directe, par continuité de muqueuse à travers l'ostium utérinum, c'est également l'opinion de Trelat, Bouilly, Segond, Quenu, Terrier, etc.

Les discussions de la Société de chirurgie du mois de décembre 1888, ont fourni des opinions personnelles mais ne permettent pas de trancher la question. Les deux voies de propagation, muqueuse et lymphatique, peuvent être suivies par l'inflammation septique.

Toutefois, un fait est à noter, c'est que presque toujours il y a métro-ovarite et tubo-ovarite concomitantes, et que la cause commune est la métrite et principalement la blennorrhagique, tout en maintenant au même plan, la métrite puerpérale surtout à la suite d'avortements (post-abortionum).

La métrite la plus légère, et même de courte durée, peut donner lieu à la salpingite-ovarite la plus grave et la plus invétérée.

Enfin, un certain nombre des salpingites reconnaissent pour cause, le passage du coli-bacille de l'intestin à la trompe, par les lymphatiques communs du ligament appendiculo-ovarien (Clado).

TRAITEMENTS

Nous diviserons ce chapitre du traitement des annexites en deux parties. Dans la première nous étudierons le traitement médical, dans la seconde partie nous passerons en revue les différents procédés chirurgicaux auxquels on a dû recourir dans la thérapeutique des salpingo-ovarites.

A. — *Traitement médical.* — Lorsqu'une malade se présente avec tous les signes d'une salpingo-ovarite au début, qu'elle soit consécutive à une infection post-partum ou à la blennorrhagie, le premier soin du médecin est de soumettre la malade à un traitement médical. Le repos complet au lit dans le décubitus dorsal constitue la base du traitement. Il doit être observé rigoureusement pendant plusieurs jours et souvent durant plusieurs semaines tant que la disparition des douleurs, de la fièvre et les signes fournis par l'examen des organes ne témoignent pas de la rétrocession des lésions.

Le traitement local a également une importance capitale et ne doit pas être négligé. Il consiste surtout en injections vaginales d'eau bouillie très chaude de 45° à 50° de 3 à 4 litres chacune, et répétées matin et soir.

M. Reclus a montré tous les avantages que l'on pouvait tirer des injections d'eau, portée à une très haute température, dans la cure des affections congestives et inflammatoires de l'utérus et des annexes. Il insiste surtout sur l'efficacité des lavements très chauds et sur leur supériorité dans bien des cas aux injections vaginales. L'auteur explique l'avantage des irrigations rectales par les rapports étendus que le rectum affecte avec l'utérus et ses annexes. « On n'a qu'à faire, dit-il, le toucher rectal pour savoir quelle est la saillie de la matrice qui bombe dans l'ampoule, l'eau chaude que nous accumulons dans le rectum par un lavement baignera les deux tiers environ, la surface postérieure, les deux bords et le fond de l'utérus » (1).

La technique en est fort simple. On remplit un irrigateur d'eau à 55° et le matin avant de se lever, une demi-heure avant, la malade introduit la canule dans l'an us et ouvre doucement le robinet. Elle doit demeurer immobile et au bout d'une demi-heure se lever et alors seulement rendre son lavement, puis terminer par une injection vaginale très chaude.

L'opération peut être recommencée deux fois par jour. « On voit sous l'influence du repos et de notre méthode, dit-il, la plupart des phénomènes subjectifs s'amender peu à peu, l'empâtement des culs-de-sac devient moindre, les tumeurs très nettes que l'on circonscrivait par le toucher bimanuel finissent par s'atténuer à tel point que les malades ne sentent plus le besoin d'une opération et que venues avec le désir et la décision de subir une laparoto-

1. Reclus. *Clinique chirurgicale de la Pitié*, 1894.

mie elles demandent d'aller reprendre leur travail » (1).

Les grands bains tièdes prolongés, les enveloppements humides répétés matin et soir, les révulsifs locaux appliqués sur l'abdomen sous forme de compresses très chaudes fréquemment renouvelées, et les topiques introduits dans le vagin sous forme de tampons glycérinés sont loin de donner les résultats satisfaisants dans tous les cas et sont certainement bien inférieurs aux injections et aux lavements très chauds préconisés par M. Reclus.

Le massage qui a rallié des adeptes, aurait dans certains cas d'inflammation chronique des annexes amené une résorption des exsudats péri-utérins ; toutefois nous rejetons ce mode de traitement le plus souvent impuissant et susceptible de déterminer la rupture dans le péritoine d'une poche purulente passée inaperçue.

L'électricité n'a donné jusqu'ici que de bien médiocres résultats en thérapeutique gynécologique, nous dirons plus loin dans quelles conditions on doit y recourir.

Tous ces moyens purement médicaux que nous venons d'énumérer ne sont pas toujours suffisants. Si l'on se rappelle, en effet, que la majorité des affections annexielles sont consécutives à l'endométrite, il paraît tout indiqué d'attaquer dès le début le foyer d'infection et d'instituer un traitement intra-utérin.

Traitement intra-utérin. — Disons tout d'abord que toutes les fois que l'on intervient sur l'utérus, il est de règle de procéder à l'antisepsie du vagin. Lorsque ces précautions sont prises, on recourt à la dilatation de la

1. Reclus. *Clinique chirurgicale de la Pitié*. 1894.

cavité utérine qui est indispensable toutes les fois que l'on veut obtenir une antiseptie aussi complète que possible de l'endomètre infecté. Nous donnons la préférence à la laminaire qui permet une dilatation lente et progressive, laquelle est préférable à la dilatation rapide et un peu brutale des bougies d'Ilégar et des autres dilations, surtout lorsqu'il s'agit d'inflammation aiguë. Quarante huit heures de ce traitement suffisent pour obtenir une dilatation satisfaisante. La dilatation ainsi réalisée aussi large que possible, il est facile au chirurgien d'agir sur toute la surface de la muqueuse utérine. Nous nous contentons de pratiquer une irrigation très chaude et très abondante d'eau bouillie simple ou additionnée de moitié de son volume de la solution de sublimé au $1/2000$ puis nous introduisons dans la cavité utérine une lanière de gaze iodoformée imprégnée de chlorure de zinc au $1/20$ ou de glycérine créosotée ou ichthyolée. Nous procédons ainsi dans les cas de métrite non productive où l'écoulement muco-purulent remplace le plus souvent l'écoulement sanguin. M. Clado a montré que cette variété de métrite était liée à l'infection blennorrhagique. A la suite de ce traitement répété tous les deux jours et continué pendant 12, 15, 20 jours suivant les cas nous avons pu constater maintes fois la rétrocession des lésions salpingiennes et péri-salpingiennes commençantes.

La dilatation, outre qu'elle permet un nettoyage plus complet de la cavité utérine, favorise l'évacuation des collections salpingiennes par l'utérus. « En dilatant la matrice, dit Valton, on dilate l'orifice utérin. »

Cette évacuation du kyste salpingien est un mode de

guérison, mais elle ne peut se réaliser que si l'*ostium uterinum* n'est pas oblitéré. Doléris a été satisfait de la méthode de Walton ; « J'ai essayé et j'ai obtenu, dit-il, l'évacuation des collections intra-tubaires par la dilatation large et permanente de la cavité utérine, combinée au raclage et au drainage de cette cavité. » (1)

Enfin, la dilatation, en remédiant par une action toute mécanique aux déviations mobiles de l'utérus et en s'opposant à la stagnation des liquides de l'utérus, qui, par leur séjour prolongé dans la cavité utérine entretiennent l'infection endo et péri-utérine, constitue un précieux mode de traitement d'annexité commençante.

Lorsque l'annexite est consécutive à la métrite productive, qui est le plus souvent liée à la puerpéralité ou à l'infection mixte puerpéro-blennorrhagique, le traitement précédent reste inefficace et le curettage est indiqué. La curette, proménée sur toutes les faces de l'utérus, enlève les fongosités et les productions polypeuses, qui tapissent toute la surface de l'endomètre ; elle enlève les débris placentaires ou les vestiges de membranes qui sont une cause d'infection. Avant de procéder au curettage, il est de règle, dans le service de gynécologie de l'Hôtel-Dieu, de faire l'examen endoscopique de la cavité utérine à l'aide de l'hystéroscope de Clado.

Cet hystéroscope représenté ci-contre est simple à manier et c'est celui dont on se sert couramment à l'Hôtel-Dieu. Nous empruntons sa description dans le traité d'hystéroscopie de MM. les professeurs Duplay et Clado.

1. Doléris : *Journal de médecine de Paris*, 1889.

Photophore. — L'appareil éclairant se compose de trois pièces essentielles : Une lampe à incandescence, une lentille plan-convexe et un prisme réflecteur.

La lampe est vissée à l'intérieur d'un tambour de laiton A, dont elle dépasse l'extrémité supérieure libre. L'autre extrémité du tambour est encastrée dans une plaque isolante *b*, sur laquelle sont montés les deux rhéophores *d*, *d'*.

La lentille plan-convexe forme le fond supérieur d'un manchon métallique, ouvert à l'autre bout, et dans lequel le tambour *b*, peut pénétrer à frottement doux.

Enfin ce manchon peut s'emmancher à son tour dans un autre cylindre métallique *G*, ouvert à sa partie infé-

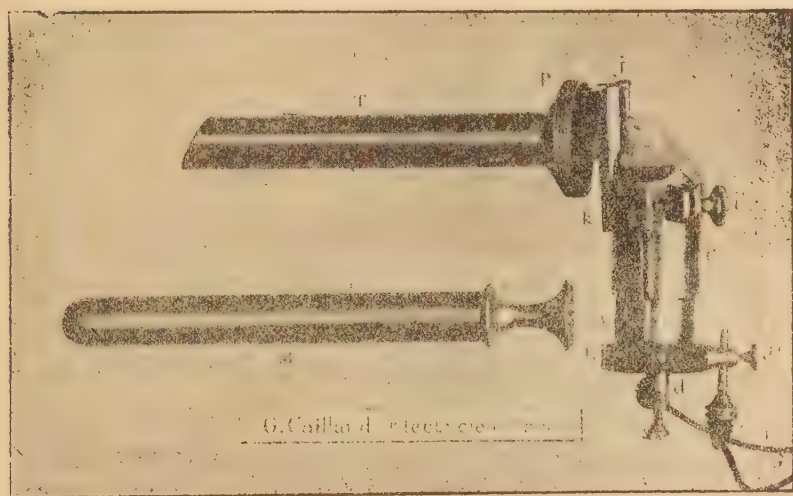


Fig. I. — Hystéroscope de Clado, 3° modèle.

Le photophore en place pour l'examen hystéroscopique.

A, tampon porte-lampe. — B, plaque isolante. — *dd'*, rhéophores.
— C, cylindre porte-prisme. — *j*, charnière. — P, pavillon du tube hystéroscopique T. — M, mandrin.

rieure, et dont l'extrémité supérieure est aplatie en biseau. C'est à l'intérieur du biseau qu'est encastré le prisme réflecteur, triangulaire, présentant une face inférieure horizontale, et une face verticale qui vient s'appliquer contre la partie de la paroi du cylindre *C*, située du côté opposé au biseau. Une fenêtre demi-circulaire *h*, est ménagée dans cette paroi, en regard de la face verticale du prisme. Emmanchant successivement le tambour *A* dans le manchon, et ce dernier dans le cylindre *C*, on voit que les rayons émis verticalement par la lampe renforcée par la lentille, se trouveront réfléchis à angle droit à travers la fenêtre *h*. Un collet métallique *i*, muni d'une vis de serrage *i'*, permet de fixer du même coup dans leur position les trois cylindres concentriques. Ce collet sert en même temps d'attache à l'appareil de suspension qu'il me reste maintenant à décrire.

Suspension. — Pour la facilité du *Manuel opératoire*, il importait de suspendre le porte-lumière au tube hystéroscopique lui-même, tout en lui conservant la possibilité de deux ordres de mouvement : un mouvement de volet, permettant de démasquer à volonté l'ouverture du tube cystoscopique, et un mouvement de haut en bas permettant de régler la hauteur de l'éclairage, en plaçant l'extrémité supérieure du bec de flûte à une hauteur telle, qu'elle ne masque que la demi-circonférence inférieure de l'orifice du tube hystéroscopique. Le premier de ces mouvements est réalisé par une charnière verticale, dont l'axe *j, j'* est fixé au collet du photophore, tandis que la pièce *K*, formant battant s'articule au tube hystéroscopique. A cet effet, un méplat

est ménagé sur le bord du pavillon *P*, du tube *T*, de manière que ce bord puisse glisser à frottements doux, entre les mors d'une petite coulisse *L*, attachée à demeure sur le battant *K*. Une vis de serrage permet de fixer solidement le pavillon dans la coulisse; le portelumière se trouve ainsi suspendu à l'hystéroscope, dont il peut, grâce au mouvement de la charnière, venir masquer ou démasquer l'ouverture suivant le besoin.

Quant au mouvement du photophore dans le sens vertical, voici comment il est obtenu. L'axe *jj* de la charnière n'est pas fixé à demeure sur le collet *i*, mais glisse à travers un bouton métallique *m* qui, lui, est invariablement attaché à ce collet.

La situation de l'axe *jj* étant déterminée par celle du tube hystéroscopique, on voit que le bouton *m*, et par suite le photophore qui lui est attaché, pourra se déplacer verticalement le long de son axe; une vis de serrage *n* permet de fixer le photophore à la hauteur voulue.

En somme, ce dispositif est peu encombrant, et son fonctionnement est aussi aisé que possible. Tout l'attirail des photophores allemands se trouve avantageusement remplacé par un petit appendice de 6 à 7 centimètres de haut, qu'on vient attacher latéralement au pavillon de l'hystéroscope, et qui peut se rabattre à volonté dans un sens ou l'autre, tout en conservant la hauteur donnée une fois pour toutes. Les deux mains de l'opérateur restent libres; un léger déplacement imprimé au photophore rend facile, en démasquant l'ouverture du tube, l'introduction des tampons, de jets liquides ou d'instruments dans la cavité utérine, sans crainte de salir la fenêtre du prisme;

puis, un rabattement du photophore permet de reprendre, sans tâtonnement, sans nouvelle remise au point, le cours des observations hystéroscopiques.

La rapidité avec laquelle le photophore est remis à sa place pour l'observation, est un élément de grande importance. Aussitôt le dernier tampon retiré, on rabat le photophore sur le tube, et l'on examine la cavité utérine ; de cette façon, même si l'utérus saigne abondamment, on arrive à le surprendre, pour ainsi dire, à sec. A ce point de vue, seuls les instruments avec éclairage frontal peuvent rivaliser avec mon dernier modèle. Encore est-il nécessaire d'ajouter que parfois, avec le miroir frontal, il y a un peu de perte de temps avant l'orientation des rayons lumineux dans la direction de l'axe des tubes hystéroscopiques. J'ajouterai que l'appareil est d'une construction très simple, d'un démontage facile ; toutes ses parties sont aisément entretenues en bon état de fonctionnement et de propreté.

Piles électriques. — On peut se servir pour actionner cet appareil de n'importe quelle pile à éclairage, pourvu qu'elle produise une lumière aussi intense que possible, et en même temps qu'elle soit réglable, afin de ne pas avoir à redouter la brûlure des fils. A l'Hôtel-Dieu, on emploie communément celles de Caillaud, de GaiFFE, de Chardin, de Nitze.

Il est indispensable, pour éviter de brûler facilement la lampe, de faire passer le courant par un rhéostat. On règle au moyen de cet instrument, avant de procéder à l'hystéroscopie, la quantité de lumière voulue, puis on

interrompt le courant. Une fois que le tube hystéroscopique est entré dans la cavité utérine, on rétablit le courant, lequel, traversant la spire du rhéostat, ne risque plus de donner des à coup et de brûler la lampe.

Grâce à ce moyen d'exploration on peut constater de visu la nature, le siège et le degré des lésions, et poser une indication opératoire.

On fait suivre le curettage d'un pansement antiseptique intra-utérin réalisé avec une lanière de gaze iodoformée imbibée de glycérine créosotée. Les jours suivants, on remplace le premier pansement par l'application successive des mèches stérilisées imprégnées de glycérine stérilisée et renouvelées tous les deux jours.

Lorsque ce traitement est bien suivi on peut constater au bout de 15 jours environ une amélioration notable des lésions annexielles. Pour certains auteurs le curettage bien pratiqué doit toujours donner de bons résultats. Il y a dans cette assertion une exagération manifeste, car s'il est des cas où cette opération donne des résultats parfaits, il en est d'autres où elle est inefficace et même nuisible. En effet, quelquefois, des lésions annexielles apparaissent après le curettage et l'on est tout surpris de voir certaines malades revenir quelques semaines après leur curettage, présentant des signes manifestes de salpingo-ovarite. On connaissait déjà comme complication du curettage dans la métrite gonorrhéique, complication rare il est vrai, le rhumatisme blennorrhagique.

Ces complications ne sont pas dues à une mauvaise exécution du curettage, comme on le croit généralement, mais à la nature des lésions. La métrite nous l'avons vu,

n'est pas une. Quand elle se manifeste par des simples métrorrhagies, sans autres symptômes, le curettage est indiqué; mais si l'utérus est douloureux à la pression, s'il est le siège d'un écoulement muco-purulent, le curettage devient alors une mauvaise opération. Pourquoi? dans le premier cas il y a des lésions superficielles de la muqueuse, dans le second cas il y a des lésions des couches profondes. Dans les métrites à gonocoques qui répondent à ce dernier type, les lésions du début siègent au niveau du col, le curettage refoule le pus dans les profondeurs de la cavité utérine et l'ensemence; il n'y a rien d'extraordinaire que dans ce cas, la malade soit prise d'annexité à une époque plus ou moins éloignée. « La métrite, dit Reynier, n'est pas une, c'est une protée dont on doit connaître chaque forme qui réclame un traitement rationnel ».

Du reste (1), il est connu que la plus grande partie des glandes est conservée après le curettage. Celles-ci servent à la régénération de la muqueuse utérine, après l'opération; mais c'est aussi la cause des revers et des récives parce que les glandes gardent dans leur cavité des agents infectieux qui réinfectent la muqueuse à peine réformée.

Après ces données, il n'est pas difficile de s'expliquer l'infection des trompes, observée consécutivement au curettage, dans les cas des métrites gonorrhéïques et des métrites chroniques parenchymateuses. Bien entendu nous parlons de cas, dans lesquels on était sûr d'avance, de l'intégrité parfaite des annexes.

1. C. f. Labadie-Lagrave et F. Legueu. *Traité de gynécol.*, p. 653.

Nous rapportons ici deux observations dues à l'obligeance de M. Clado, des malades prises de salpingite après un curettage fait avec toutes les précautions antiseptiques.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

La nommée (Cécile) Ch..., âgée de 26 ans, ménagère, entrée le juin 1898, salle Saint-Jean, occupe en ce moment le lit n° 18.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Pas de maladie d'enfance. Réglée à 11 ans, règles régulières, abondantes durant huit jours, un peu douloureuses. Pas de pertes blanches.

En 1889, la malade a eu la fièvre typhoïde à la suite de laquelle les règles ont cessé de se montrer pendant neuf mois.

Le 4 septembre 1891, premier accouchement de sept mois, à la Maternité. Accouchement normal sans intervention ni complication. Enfant mort à six mois.

Le 29 décembre 1893, deuxième accouchement à terme et normal, enfant vivant, nourri par sa mère.

Le 6 février 1896, troisième accouchement au huitième mois à la Maternité. Accouchement normal, délivrance artificielle, à la suite de laquelle survient une hémorrhagie, arrêtée avec des injections. Petite déchirure, guérie seule. L'enfant est vivant, allaité pendant 23 mois par sa mère.

Il y a neuf mois, au dix-huitième mois de l'allaitement, les

règles sont revenues et depuis elles apparaissent deux fois par mois, très abondantes, durant dix jours, de sorte que la malade perd presque continuellement, ses règles n'étant séparées que par quatre à cinq jours. Il y a trois semaines, six jours après la cessation des dernières règles, vers deux heures de l'après-midi, la malade a été prise d'une douleur brusque dans les reins et dans la fosse iliaque gauche. Après quelques minutes la douleur a passé dans la fosse iliaque droite et depuis elle s'est localisée en cet endroit. Cette douleur très vive, comparable à des coups de couteau, obligea la malade de s'aliter.

Depuis, la douleur a continué de plus en plus vive, siège dans la fosse iliaque droite avec irradiations aux lombes et vers l'estomac et point de côté ; pas d'irradiation dans les cuisses. Les mouvements, et principalement ceux de la jambe droite, augmentent la douleur qui est continue, mais avec exacerbations.

Les règles qui avaient cessé ont repris deux jours après et ont duré douze jours. Depuis trois mois la malade a des pertes blanches assez abondantes, jaunâtres, tachant le linge. Depuis l'apparition de la douleur, la miction est également douloureuse causant une sensation de brûlure, très vive le premier jour, atténuée en ce moment.

La défécation est d'autant plus douloureuse que la malade est constipée.

Toucher vaginal. — Col cylindrique légèrement hypertrophié. Un peu d'ectropion. L'utérus un peu hypertrophié, est mobile et n'est pas dévié. Rien dans les annexes. Donc le diagnostic de métrite a été porté, et le traitement consista en dilatation avec tiges de laminaire les 6, 7, 8 juin.

Le 11 juin. — On fit le curettage. Pas d'anesthésie. Dilata-

tion à la laminaire. Badigeonnage au chlorure de zinc, puis curettage.

Lavage intra-utérin au sublimé. Badigeonnage à la glycérine créosotée, mèche intra-utérine. Tamponnement.

La malade se plaint encore des douleurs, et aujourd'hui 29 juin 1898 au toucher l'on trouve à droite une masse se prolongeant dans le cul-de-sac postérieur.

Ovaire prolabé. A gauche on sent le cordon de salpingite (Voir suite observ. XXVIII).

OBSERVATION II

La nommée P... (Marie), âgée de 25 ans, cuisinière occupant en ce moment le lit n° 8 de la salle Saint-Jean (Hôtel-Dieu).

Entrée pour la première fois le 25 mars 1893 pour des douleurs ressenties dans le bas-ventre et pour des pertes blanches.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Toujours bien portante.

Réglée à 14 ans, régulièrement depuis.

En 1892 premier accouchement à terme et qui s'est passé normalement. Enfant allaité par la mère, bien portant.

En 1895 fausse couche de cinq mois. On lui a fait un curettage.

En 1896 deuxième enfant à terme. Pas d'accidents.

Le retour des règles s'est effectué régulièrement.

Mais en janvier 1898 la malade avait des pertes blanches et des douleurs en urinant.

Au toucher vaginal on lui trouve le col gros, mou, hypertrophié, la muqueuse en ectropion avec des petits kystes dans son épaisseur. Légère salpingite à droite. L'utérus non augmenté de volume, mobile.

Le 13 avril on lui fait un curettage et un Schroëder.

La malade sort de l'hôpital le 15 mai toujours souffrant un peu dans le ventre et ayant des pertes blanches.

Elle revient le 15 juin se plaignant de vives douleurs dans le bas ventre, exaspérantes surtout dans la fosse iliaque droite. Pertes blanches abondantes.

Au toucher vaginal on trouve une masse adhérente ayant le volume d'une petite mandarine prolabée dans le cul-de-sac postérieur et venant des annexes droites. A gauche gros cordon de salpingite. L'utérus est un peu immobilisé.

Le 23 juin on lui fait la laparotomie abdominale. Anesthésie à l'éther. Incision abdominale médiane. On tombe successivement sur les deux trompes qui sont hypertrophiées plus de la grosseur du pouce. Ovaire hypertrophié. Pas d'adhérences. Ligature de chaque pédicule au fil de soie. Thermocautère. Suture médiane en masse au fil d'argent. Pas de Mickulicz.

La malade actuellement est en voie de guérison.

Dans le service de M. le Professeur Duplay, on emploie en ce moment un nouveau mode de traitement, par l'électrolyse qui remplace le curettage et qui semble réussir surtout dans les cas d'endométrite hémorrhagique compliquée ou non d'annexite.

La technique en est des plus simples : après avoir pratiqué la dilatation de l'utérus et l'antisepsie du vagin et de la cavité utérine, on introduit dans l'utérus une grosse

bougie d'Hégar, on relie cette bougie au pôle positif d'une pile au sulfate de mercure de Cailland, à l'aide d'un fil conducteur. Le pôle négatif qui correspond à une plaque d'étain garnie sur son pourtour de peau de chamois est placé sur l'hypogastre de la malade. Le courant galvanique, mis en action, oscille entre 30 et 80 milliampères ; il produit une escharre tapissant la cavité intra-utérine. L'escharre est dure quand c'est le pôle positif que l'on introduit dans l'utérus, molle dans le cas contraire. Un collecteur chiffré attenant à la pile sert à faire varier l'intensité du courant. La durée de la séance ne doit pas dépasser cinq minutes. Si le deuxième jour qui suit la première séance l'effet obtenu n'est pas satisfaisant, on peut répéter l'opération qui est des plus simples.

Les deux observations qui suivent démontrent l'excellence des résultats obtenus par la méthode électrolytique. Les métrorrhagies ont cessé et l'annexite s'est singulièrement améliorée.

OBSERVATION III

I... O..., âgée de 24 ans, fleuriste, entre le 6 juin 1898, à la salle Saint-Jean, où elle occupa le lit n° 15.

Elle a eu ses premières règles à 14 ans, et depuis elles sont très irrégulières. A 17 ans, elle est fort anémique.

Il y a deux ans, 25 mois pour être plus exact, la malade a eu un enfant à terme ; l'accouchement s'est passé normalement, mais depuis, elle souffre toujours du ventre et elle perd blanc jaunâtre.

A son entrée à l'hôpital, la malade se plaint des douleurs qu'elle ressent dans le bas-ventre et se propageant dans les reins.

Elle perd toujours en blanc.

Au toucher, on trouve le col gros de métrite avec cordon de salpingite à gauche.

Tigée.

Electrolysée le 10 juin.

La malade sort complètement guérie le 22 juin.

OBSERVATION IV

A... A..., 28 ans, domestique, entrée à la salle Saint-Jean le 18 mai 1898 et occupa le lit n° 8.

Ses antécédents sont nuls. Tertipare. Elle est arrivée dans le service avec métrorrhagie légère et légère annexite droite.

On pratiqua un curettage le 23 avril qui fut sans résultat, car la métrorrhagie revient, et trois semaines après, la malade est rentrée à l'hôpital où le toucher révèle la persistance de la salpingite et de la métrite.

Le 28 mai 1898. — On anesthésie la malade à l'éther, et l'on pratique l'électrolyse par le procédé de M. Caillaud, dans le but d'arrêter l'hémorrhagie en produisant une eschare. Tamponnement intra-utérin avec des mèches de gaze iodoformée, sans pansement vaginal.

A la suite de l'électrolyse, la métrorrhagie cesse complètement, et la salpingite a diminué de volume, la douleur de la

fosse iliaque droite s'est singulièrement amendée. La malade s'en va très améliorée le 15 juin 1898.

B. — Traitement des salpingites par la méthode directe. Traitement chirurgical.

Nous serons brefs sur le cathétérisme de la trompe tenté pour la première fois par Tyler Smith en 1849. Il recourut à ce procédé pour un cas de stérilité qu'il attribuait à une atrésie du calibre de la trompe.

Après lui, Mundé, Hildebrand, Piston et Duncan l'ont pratiqué avec succès. Toutefois il faut admettre que c'est une opération difficile à pratiquer car l'ostium utérinum est rarement assez large pour qu'on puisse le traverser avec un cathéter, si fin soit-il, introduit péniblement dans le conduit vagino-utérin. M. P. Delbet condamne ce procédé lorsqu'il dit : « Ira-t-on suivre le canal étroit de la trompe, souvent irrégulier, sinueux, dont les parois peuvent être rendues friables par la maladie ? Il me semble que ce serait singulièrement s'exposer à déchirer les parois et cela, pour un résultat bien problématique, car une trompe ainsi cathétérisée, serait en somme, dans la même situation qu'une trompe ponctionnée et nous verrons que la ponction est un bien médiocre traitement des salpingites suppurées ».

La ponction des trompes a été préconisée par certains auteurs dans les cas de gros kystes tubaires situés au voisinage d'un des culs-de-sac du vagin ou de la paroi abdominale. En admettant que par ce procédé qui n'est pas exempt de danger on parvienne à évacuer la collection salpingienne, on fera forcément comme dans le cathé-

térisme une opération incomplète en laissant une poche infectée qui peut être la source de nouveaux accidents.

Colpotomie. — Cette opération consiste à inciser l'un des culs-de-sac du vagin, de pratiquer une boutonnière qui doit donner issue au pus collecté dans le petit bassin.

Cette opération a été surtout préconisée par Byford de Chicago, Cothschalk en Allemagne, Laroyenne de Lyon. Ce dernier auteur prétend que la colpotomie est indiquée toutes les fois qu'il existe du pus dans le petit bassin, qu'il s'agisse de pyo-salpinx ou de périméthro-salpingite suppurée. Avec M. Pozzi nous pensons que si la collection purulente se trouve circonscrite dans la trompe et n'est pas accessible dans le cul-de-sac de Douglas, on ne doit pas pratiquer la colpotomie qui est dans ce cas une opération insuffisante.

Mais si au contraire la tumeur est accessible par le vagin, si elle tombe dans le cul-de-sac postérieur, si elle est péri-tubaire, c'est la voie vaginale qui est la plus directe et que l'on doit suivre.

La colpotomie décidée d'après les indications que nous venons de fournir, on procède de la façon suivante : on saisit la lèvre postérieure du col utérin avec une pince à traction, on la tire à soi en la portant en haut de façon à bien tendre le cul-de-sac que l'on se propose d'inciser. Avec un bistouri ou avec des ciseaux courbes, on incise immédiatement en arrière de l'insertion du vagin sur le col ; l'incision doit être horizontale sur la ligne médiane et se rapprocher des commissures du col sur les côtés de façon à ne pas blesser les artères utérines. Dans son ensem-

ble l'incision affecte la forme d'un croissant à concavité dirigée en bas.

La muqueuse vaginale coupée on introduit le doigt dans la boutonnière ainsi pratiquée, la pulpe du doigt rase la face postérieure de l'utérus, décolle le péritoine et effondre pour ainsi dire la collection purulente qui se vide immédiatement dans le vagin. Après un lavage de la cavité pratiqué avec ménagement avec de l'eau stérilisée par l'ébullition prolongée, on introduit deux ou trois lanières de gaze antiseptique assurant l'évacuation de la collection. Les suites de l'opération sont des plus simples, la douleur cesse, la fièvre tombe assez rapidement, la fistule se ferme dès que l'on cesse l'introduction des lanières antiseptiques.

Il nous reste maintenant à parler des opérations plus complètes qui visent l'extirpation des organes infectés, c'est-à-dire la laparotomie abdominale, l'hystérectomie et la colpo-cœliotomie.

Mais comme le dit M. Segond, il importe de bien s'entendre sur la réalité des indications qui peuvent commander l'intervention chirurgicale proprement dite. C'est qu'en effet, si l'on en croyait quelques rares chirurgiens qui, même aujourd'hui, médisent volontiers des progrès de la gynécologie opératoire, sans doute parce qu'ils ne la connaissent pas, on pourrait supposer que la génération actuelle va beaucoup trop loin. Certes, les abus, d'où qu'ils viennent, doivent être poursuivis avec la dernière sévérité; mais s'il est vrai qu'il nous faille parfois déplore ce que le manque d'expérience, le défaut de jugement, ou la trop grande élasticité de conscience peuvent faire

des meilleures opérations ; il ne s'ensuit pas qu'on possède le droit d'étendre sa réprobation aux méthodes chirurgicales, elles-mêmes. Toutefois les interventions graves que nous allons exposer doivent toujours être scrupuleusement réservées aux femmes chez lesquelles il est manifestement impossible de se contenter d'une chirurgie plus conservatrice.

M. Pozzi fait l'extirpation : 1° dans les ovaro-salpingites suppurées ; 2° dans les ovarites scléro-kystiques douloureuses ; 3° dans les salpingites parenchymateuses avec accideñts ménorrhagiques dysménorrhéïques et nerveux.

Laparotomie abdominale.

Nous n'avons pas à décrire ici la technique de ce mode opératoire qui est le plus ancien et aussi celui auquel on a l'occasion de recourir le plus souvent dans les lésions annexielles.

Batley, et surtout Hégar est le premier chirurgien qui ait fait l'ablation des annexes par la laparotomie ; mais c'est Lawson-Tait qui a eu le mérite d'en faire une opération méthodique et de la vulgariser ; aussi appelle-t-on aujourd'hui la laparotomie « l'opération de Tait ».

Dans le service de gynécologie de l'Hôtel-Dieu, la laparotomie est l'opération de choix lorsqu'il s'agit de pratiquer l'extirpation d'annexes qui sont le siège de lésions graves. Voici comment l'on procède :

Une fois le péritoine ouvert par l'incision classique, on introduit dans la cavité abdominale une large compresse

stérilisée que l'on a soin de glisser en l'étalant sous le paquet des anses intestinales ; on pousse la compresse derrière l'utérus jusqu'à la face antérieure du rectum ; de cette façon on arrive à isoler les anses intestinales des annexes malades et de l'utérus.

On va à la recherche des annexes que l'on sent le plus souvent prolabées dans le cul-de-sac postérieur, on rompt avec le doigt les adhérences qui les immobilisent tout en ayant bien soin de garnir de compresses stérilisées le champ opératoire, de façon que le pus qui pourrait provenir de la rupture de la poche ne vienne souiller les organes voisins et le péritoine qui les tapisse. On arrive ainsi peu à peu à libérer complètement les annexes malades lorsqu'elles sont adhérentes et à les amener à la surface de la plaie. Avec une aiguille mousse, on traverse le milieu du pédicule avec un fil double de grosse soie plate et on fait le nœud de Tait.

On détache alors par une section les annexes de leur pédicule et on touche la surface de section de ce dernier avec le thermocautère. On procède de la même façon de l'autre côté s'il y a lieu.

Lorsque les annexes sont incluses dans le ligament large ce qui est assez fréquent, on pratique une incision transversale de 0,02 centim. environ, près de la corne utérine sur le bord supérieur du ligament ; dans les lèvres de l'incision, on introduit l'index dans la boutonnière ainsi formée, et on redouble les deux feuillets du ligament large en contournant la masse annexielle ; si elle est volumineuse on prolonge l'incision du ligament large et l'on arrive facilement à énucléer la poche malade

que l'on enlève après avoir lié les pédicules interne et externe.

On suture par un surjet au catgut les deux feuillets du ligament large qui se trouve ainsi reconstitué.

Malgré toutes les précautions que l'on prend pour ne pas ouvrir la poche annexielle, il arrive quelquefois qu'elle se rompt et qu'elle donne issue à son contenu souvent sceptique qui se précipite dans la cavité péritonéale, aussi par le mode de garnissage que l'on emploie et que nous avons décrit plus haut, le péritoine est protégé et le danger est évité. Toutefois lorsque pareil accident s'est produit, ou lorsque un suintement sanguin provenant de la rupture des adhérences se produit, on procède systématiquement au drainage du péritoine avec des lanières stérilisées suivant la méthode de Mickulicz.

Le ventre est fermé avec des fils d'argent d'assez gros calibre. M. S. Duplay conseille la suture en masse qui consiste à prendre dans la suture les différents plans de la paroi abdominale, péritoine compris. La torsion des fils amène un affrontement parfait des lèvres de la plaie et prévient l'éventration consécutive qu'on n'a jamais vu se produire par l'emploi de ce moyen.

Le Mickulicz est retiré le troisième jour. Souvent l'on constate après, une légère élévation de la température, mais elle est passagère.

Les fils d'argent sont enlevés le dixième jour. Somme toute, en prenant les précautions d'antisepsie et d'asepsie que nous avons indiquées, nous considérons la laparotomie comme l'opération de choix quelle que soit la

nature de l'annexite, qu'elle soit suppurée ou non, fixée ou non par des adhérences.

Mais nous portons ici cette conclusion, appuyée par la belle statistique que M. le Dr Clado, chef des travaux gynécologiques du service de M. le professeur Duplay, nous a remis entre les mains. En effet sur 25 malades opérées depuis le commencement de cette année la plupart pour pyosalpinx uni ou bilatéral, il n'y a qu'un seul cas de mort et encore, la malade dont il s'agit a été opérée dans des conditions exceptionnelles; elle venait d'avoir la scarlatine; son état général était mauvais, sa température oscillait entre 38 et 39°5 depuis 15 jours. On crut qu'en enlevant les annexes qui semblaient fortement infectées, amener une diminution de la température et améliorer l'état général de la malade. On fit la laparotomie et à la grande surprise du chirurgien on trouva de nombreuses poches hydatiques développées au dépens de l'espace cellulaire paravésical. Ces kystes étaient très adhérents, impossibles à extirper, remplissant le petit bassin et tous remplis d'un liquide séro-purulent. Après en avoir enlevé quelques-uns et rompu d'autres, on procéda à une sorte d'antisepsie de la région et on mit un Mickulicz, que l'on retira au bout de 24 heures. La malade mourut le cinquième jour avec tous les signes d'une péritonite généralisée. L'autopsie vérifia le diagnostic. (Voyez observ. XVI). Toutes les autres malades ont guéri.

Nous donnons ici, en résumé, quelques observations :

OBSERVATION X

N..., Louise, âgée de 27 ans, mécanicienne, lit n° 1. Salle Saint-Jean. Opérée pour double salpingite (pyosalpinx gauche), le 10 mars 1898. Mickulicz pour assurer le drainage du cul-de-sac postérieur retiré le deuxième jour. Absence de fièvre. Fils de la paroi retirés le dixième jour. La malade sort guérie le 21 avril 1898.

OBSERVATION XI

D..., Jeanne, âgée de 45 ans, journalière, entrée le 19 mars mars 1898, lit n° 5, salle Saint Jean. Opérée le 19 mars 1898 pour hémato-salpinx non suppurée du volume d'une tête de fœtus à terme, adhérent en plusieurs points à l'intestin et la trompe gauche. Suture en masse de la paroi abdominale. Injection d'un litre de sérum dans la journée. Pas de Mickulicz. Pas de fièvre. Les fils enlevés le dixième jour. La malade sort guérie le 11 avril 1898.

OBSERVATION XII

M..., Marie, âgée de 35 ans, caissière, entrée le 28 février 1898. Lit n° 21, salle Saint-Jean. Opérée le 26 mars 1898. Incision mé-

diane. On trouve dans le cul-de-sac postérieur : kyste prolabé, arrondi, lisse, à grains minces, presque transparent, rempli d'un liquide citrin. Ce kyste est développé aux dépens de la trompe droite qui est prolabée dans le cul-de-sac postérieur, refoulant l'utérus en avant, légèrement adhérent aux anses intestinales.

Pédicule thermocautérisé. La trompe gauche est aussi bosselée, grosse, polykystique avec ovaire atrophié adhérent à la paroi. Surjet sur le bord supérieur du ligament large dédoublé au niveau de la trompe. Suture en masse. Pas de Mickulicz. Pas de température. Fils retirés le dixième jour, la malade s'en va guérie le 27 avril 1898.

OBSERVATION XIII

M..., Marie, âgée de 45 ans, ménagère, entrée le 24 février 1898. Incision ligne médiane. On ouvre accidentellement la paroi postéro-supérieure de la vessie prise pour le péritoine qui semblait masquer l'utérus. L'ouverture est longue de 5 centimètres. Pas d'épanchement d'urine dans la plaie. Suture de cette plaie au catgut. La vessie est fixée à la paroi abdominale antérieure. L'utérus dans le cul-de-sac, très volumineux, pas adhérent. La trompe gauche est dilatée énormément, l'ovaire est scléro-kystique. On les enlève. A droite trompe atrophiée avec petite dilatation kystique, on l'enlève mais on laisse l'ovaire. Hystéropexie. Mickulicz dans le cul-de-sac vésico-utérin pour assurer le drainage. Sonde à demeure dans la vessie. Légère ascension de la température. Fils enlevés le dixième jour. La malade s'en va guérie le 3 mai 1898.

OBSERVATION XIV

V..., Angélique, âgée de 26 ans, couturière. Entrée le 25 mars 1898, lit n° 9, salle Saint-Jean. Opérée le 7 avril 1898. Ablation d'un gros pyo-salpinx droit. La poche de l'abcès crève dans l'abdomen (intestins protégés par compresses) donnant issue à un pus franchement phlegmoneux, quantité : un gros verre à liqueur.

Suture par un surjet du bord supérieur du ligament large. On enlève les autres annexes hypertrophiés, mais non manifestement suppurés. Mickulicz. Suture en masse. Légère ascension de la température. Fils enlevés le dixième jour.

La malade sort guérie le 8 juin 1898.

OBSERVATION XV

G... (Suzanne) âgée de 29 ans, confectionneuse. Entrée le 13 avril 1898, lit n° 1, salle Saint-Jean. Opérée le 21 avril 1898. Utérus adhérent. Au niveau de sa corne gauche on trouve un abcès gros comme une noix dans la paroi utérine et l'on procède à son ablation comme s'il s'agissait d'un néoplasme.

Les annexes du même côté présentent une masse tubaire. Adhérences. Trompe enlevée, volumineuse, flexueuse et l'on remarque à sa face péritonéale un semis de granulations tuberculeuses que l'on retrouve dans les parois de la trompe. Ovaire, skléro-kystique. Ablation des annexes entre deux pinces de Ko-

cher . A droite on trouve une masse du volume d'une petite mandarine qui s'enlève sans être rompue ; liquide séro-purulent. Ablation des annexes. Le reste de l'utérus est laissé en place car il paraît indemne de toute lésion. Perforation du cul-de-sac postérieur pour l'introduction d'une mèche vaginale devant servir de drain. Dans le cul-de-sac postérieur entre l'utérus recliné en avant, et le rectum on introduit un Mickulicz qui permet de bourrer la cavité. Suture en masse. Pas de température. Fils enlevés le dixième jour. La malade sort guérie le 11 juin 1898.

OBSERVATION XVI

La nommée B... (Louise) âgée de 21 ans, domestique. Entrée le 8 avril 1898, à la salle St-Jean. lit n° 5.

Opérée le 28 avril. Anesthésie, éther. Incision médiane. On trouva une grande quantité de poches des kystes hydatiques de volume inégal, dont le plus gros avait le volume d'une noix verte, et dont l'origine semble être l'espace para-vésical, mais étendus dans toute l'excavation pelvienne.

Il y a des adhérences intestinales. Rupture d'une poche. Il s'en écoule du pus fétide, mais l'intestin est protégé. On enleva la trompe gauche hypertrophiée et sclérosée. Ligature du pédicule dont le moignon est thermo-cautérisé. Mickulicz. Suture en masse. Le Mickulicz est retiré au bout de 24 heures. Ascension de la température qui monte à 39°8. La malade est prise de vomissements porracés de ballonnement du ventre, en un mot elle fait de la péritonite et meurt le 4 mai 1898. A l'autopsie on trouva une péritonite généralisée.

OBSERVATION XVII

La nommée B... (Alice) âgée de 25 ans, domestique, entrée le 13 avril 1893, salle Saint-Jean, lit n° 7.

Opérée le 5 mai. Anesthésie, éther. Incision médiane. On trouva dans le ligament large, à gauche, une poche du volume d'une mandarine. On énuclée cette poche ; il s'en échappe un peu de pus, qui n'atteint pas les parties voisines, protégées par des compresses. On enleva l'ovaire et la trompe gauche. Pédicule lié à la soie.

Moignon thermocautérisé. Surjet au catgut pour suturer le bord supérieur de deux feuillets du ligament large.

L'ovaire droit sain, conservé. Suture en masse au fil d'argent.

Pas de température. La malade guérie, s'en va le 1^{er} juin 1898.

OBSERVATION XVIII

La nommée P... (Blanche) âgée de 24 ans, domestique, entrée le 4 mai 1878, salle Saint Jean, lit n° 16.

Opérée le 14 mai. Anesthésie, éther. Incision médiane. A l'ouverture on trouve la trompe gauche fortement dilatée et immense, mais sans collection purulente. L'ovaire gauche est kys-

tique ainsi que l'ovaire droit. Les deux pédicules sont liés à la soie, sectionnés, et les moignons sont cautérisés au thermocautère. Utérus fixé à la paroi par un gros fil d'argent. Suture en masse.

Injection de 500 grammes de sérum à la suite de la piqûre pour l'injection du sérum, un abcès s'est développé à la région supérieure et externe de la cuisse gauche. Incision.

Le 7 juin. — Incision du cul-de-sac postérieur pour évacuer un phlegmon du ligament large. Cette incision ne donne pas issue au pus et le cul-de-sac est bourré de mèches iodoformées. Ces mèches sont changées le 9 juin; le pus n'apparaît pas.

Le 11 juin. — Dans la nuit, le pus se fait jour par la cicatrice du fil utérin et coule assez abondamment.

Le 13 juin. — Incision médiane de quelques centimètres sans anesthésie. Il sort du pus et du sang. Après un lavage à l'eau phéniquée faible, on place une mèche de gaze iodoformée. Pansement. Pas de température. Les fils sont retirés au bout de dix jours.

La malade sort de l'hôpital guérie le 1^{er} juillet 1898.

OBSERVATION XIX

La nommée S... (Adrienne) âgée de 31 ans, domestique, entrée le 10 mai 1898 à la salle Saint-Jean, lit n° 12.

Opérée le 19 mai. Anesthésie, éther. Incision médiane. On trouve dans le ligament large, à gauche, une grosse masse kystique du volume d'une mandarine.

Cette masse est adhérente et difficilement décollable.

On parvient cependant à l'isoler sans entamer la paroi. Le ligament large est suturé par un surjet à la soie. L'ovaire kystique est enlevé après ligature et son moignon thermocautérisé.

A droite l'on trouve une masse salpingienne suppurée, qui crève en laissant échapper du pus. Les intestins ainsi que le péritoine sont protégés par de larges compresses. Les annexes sont enlevées. Malgré la protection de la cavité abdominale on fait un Mickulicz. Suture en masse.

Le kyste intra-ligamenteux ouvert, montre à la section une masse de substance fibrineuse gélatiniforme et semi purulente, enkystée dans une coque fibreuse.

Le Mickulicz est retiré au bout de quatre jours et fut remplacé par un drain. Ce drain fut laissé jusqu'au 28 mai. La malade s'en va guérie le 6 juillet 1898.

OBSERVATION XX

La nommée F... (Louise), âgée de 27 ans, domestique, entrée le 14 avril 1898, salle Saint-Jean, lit n° 4.

Opérée le 21 mai. Anesthésie, éther. Incision médiane.

Les annexes étant examinées on trouve l'ovaire droit kystique et on l'enlève après ligature. Moignon thermocautérisé. L'annexe gauche étant saine fut laissée en place. Suture en masse. Pas de fièvre. La malade guérie s'en va le 16 juin 1898.

OBSERVATION XXI

La nommée B... (Emma), âgée de 21 ans, passementière, entrée à la salle Saint-Jean le 18 mai 1898, au lit n° 7.

Opérée le 26 mai 1898. Anesthésie, éther. Incision média. Après avoir détruit quelques adhérences les annexes sont examinées. L'ovaire gauche présente un kyste de la grosseur d'une mandarine et qui contient un liquide gélatineux et blanchâtre, vraisemblablement d'origine purulente. Ligature du pédicule avec grosse soie. On enlève l'ovaire et on cautérise le moignon au thermocautère. L'ovaire droit, moins malade, cependant scléro-kystique est également enlevé. Hystéropexie. Suture en masse. Dans un but hémostatique on fait un Mickulicz, enlevé le quatrième jour. Deux injections de sérum de 500 grammes chacune.

Pas de température. Les fils d'argent sont enlevés le dixième jour. La malade guérie, sort de l'hôpital le 23 juin 1898.

OBSERVATION XXII

La nommée R... (Annette), âgée de 31 ans, couturière, entrée le 13 mai 1898, salle Saint-Jean, lit n° 10.

Diagnostic. — Phlegmon du ligament large. Opérée le 4 juin. Anesthésie à l'éther. La masse à enlever faisant saillie dans la fosse iliaque gauche, on fait l'incision à laquelle on a recours

pour la ligature de l'iliaque externe, de façon à ouvrir le phlegmon par la voie sous-péritonéale. On trouve alors, une tumeur aux parois rosées, de nature assez indéterminée. Une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz, n'amène que quelques gouttes d'un liquide séro-sanguinolent. Dans la crainte d'être en présence d'une anse intestinale, on se décide à faire la laparotomie médiane (après avoir garni momentanément la première ouverture de compresses aseptiques). L'incision médiane conduit sur une poche résistante, qui présente des adhérences multiples, qui s'opposent d'ailleurs à son extirpation.

On est alors obligé de l'inciser ; il s'en écoule un liquide cruorique et des caillots volumineux et anciens.

On lave les parois de la poche à l'eau phéniquée forte, puis on la fixe aux parois abdominales avec des fils de soie. Suture en masse. Dans l'incision faite au niveau de l'arcade crurale gauche on place un assez gros drain et une mèche de gaze iodoformée. Dans l'incision médiane on place un Mickulicz en rapport avec la poche. Injection de 1000 grammes de sérum. Les deux jours qui suivirent l'opération la malade présente une légère ascension de température. Le Mickulicz est retiré le quatrième jour ; on change en même temps le drain et la gaze iodoformée. Les fils sont enlevés le dixième jour. La malade dont l'état actuel est très satisfaisant, sera envoyée incessamment au Vésinet.

OBSERVATION XXIII

La nommée P... (Augustine), âgée de 46 ans, sans profession, entrée le 1^{er} juin 1898, salle St-Jean, lit n° 5.

On diagnostiqua chez elle une kysto-sarcôme de l'ovaire. Opérée le 8 juin. Anesthésie à l'éther.

Incision médiane large, allant du pubis au-dessus de l'ombilic. A l'ouverture, on aperçoit une tumeur volumineuse, sans adhérence, à surface lisse, violacée, irrégulière. Le kyste est à pédicule tordu. Il est pris dans un clamps et sectionné. Puis on fait deux sutures à la soie, suivies de cautérisation au thermo-cautère et d'attouchements à l'eau phéniquée forte. Une légère hémorrhagie ayant eu lieu vers la base du pédicule, on fait un Mickulicz.

La tumeur pèse 3 kilogrammes. C'est une tumeur kystique présentant sur certains points des bourgeons sanguinolents sarcomateux. A l'ouverture de la tumeur, on trouve une coque épaisse dans laquelle se trouve un tissu jaune mastic de sphacèle, et par place des kystes à liquide clair ou hématique. Suture en masse. Sérum 500 grammes. Pas de fièvre. Fils enlevés le dixième jour. L'état actuel de la malade est satisfaisant.

OBSERVATION XXIV

La nommée D... (Ismérie), âgée de 40 ans, culottière, entrée le 14 juin 1898, salle St-Jean, lit n° 11.

Opérée le 22 juin pour un kyste de l'ovaire. Anesthésie au

chloroforme. Incision médiane large. On arrive sur la masse kystique qui est volumineuse, et dont on retire par la ponction aspiratrice environ 16 litres d'un liquide brunâtre. Le kyste est inclus dans un vaste dédoublement du ligament large, qui est à son tour légèrement adhérent à l'intestin. Ces adhérences étant détruites, on pédiculise facilement la tumeur, le pédicule est pincé entre deux clamps, puis après ligature, sectionné et son moignon thermocautérisé est lavé avec faible solution d'acide phénique. Le ligament large est suturé par place avec des fils de soie; Mickulicz dans le cul-de-sac de Douglas. Suture en masse. Le Mickulicz fut retiré le 24 juin, légère ascension de la température. Fils d'argent le dixième jour.

L'état actuel de la malade est excellent et elle sera envoyée ces jours-ci au Vésinet.

OBSERVATION XXV

La nommée S... (Alexandrine), âgée de 67 ans, couturière, entrée le 9 juin 1898, salle St-Jean, lit n° 10.

Opérée le 23 juin pour un kyste de l'ovaire.

Anesthésie au chloroforme. Incision médiane. Après avoir mis à jour la paroi du kyste, on ponctionne, et l'on obtient environ huit litres d'un liquide brunâtre.

Enucléation du kyste inclus comme celui de l'observation précédente dans un dédoublement du ligament large. Section du pédicule.

Au niveau de la corne gauche de l'utérus, on enlève un fibrome calcifié, de la grosseur d'une noix verte. Suture du liga-

ment large par un surjet au catgut. Suture des deux lèvres de l'utérus au niveau de l'énucléation du fibrome. Pas de Mickulicz. Suture en masse. Pas de température. Les fils enlevés le dixième jour. L'état actuel de la malade est satisfaisant.

OBSERVATION XXVI.

La nommée P... (Marie), âgée de 25 ans, cuisinière, entrée le 15 juin 1898, salle Saint-Jean, lit n° 8.

Opérée le 23 juin pour salpingite double. Anesthésie à l'éther. Incision médiane. On tombe successivement sur les trompes, qui sont hypertrophiées de plus de l'épaisseur du pouce. Ligature de chaque pédicule au fil de soie ; moignon thermocauté-risé. Suture en masse. Pas de Mickulicz. Pas de fièvre. Fils enlevés le dixième jour. Complètement guérie, va rentrer chez elle prochainement. (Voyez observ. II).

OBSERVATION XXVII.

La nommée E... (Marie), âgée de 17 ans, femme de chambre, entrée le 6 juin 1898, salle Saint-Jean, lit n° 5. (Lire observation V).

Son état actuel est excellent. La température, de 39°,9, où elle était le 29 juin, quatrième jour après l'opération, aujourd'hui, 6 juillet, est de 36°,8.

OBSERVATION XXVIII.

La nommée Ch... (Cécile), âgée de 26 ans, ménagère, entrée le 3 juin 1898, salle Saint-Jean, lit n° 10. (Lire observ. I).

Opérée le 2 juillet. Anesthésie à l'éther. Incision médiane. On trouve les deux ovaires kystiques; on les ponctionne avec le thermocautère. La trompe droite est saine. La trompe gauche est malade à son extrémité externe. Cette partie de la trompe, ainsi que le pavillon, sont réséqués, et l'on pratique la salpingectomie comme dans l'observ. V. Mickulicz. Suture en masse. Pas de température.

Le 6 juillet, on retire le Mickulicz.

Aujourd'hui, 9 juillet, l'état de la malade est satisfaisant; elle n'a pas de température.

On accuse la laparotomie de prédisposer aux éventrations, impossibles à présent avec l'emploi de la suture en masse aux fils d'argent, ainsi que d'exposer aux blessures de la vessie. Cet accident arriva une fois dans le service de M. le professeur Duplay. (Voyez observ. XIII). On pratiqua la suture de la vessie qui présentait une ouverture sur une étendue de plusieurs centimètres et la malade guérit sans fièvre, après avoir eu une sonde à demeure pendant 8 jours. Le seul reproche qu'on pourrait à la rigueur lui adresser serait de laisser sur le ventre une cicatrice indélébile.

Mais, en revanche, elle a en plus sur les autres opé-

raisons la supériorité incontestable de permettre au chirurgien de voir les lésions, de voir, en un mot, ce qu'il fait, et d'enlever en définitive les parties malades en pratiquant des résections partielles de la trompe ou de l'ovaire. C'est principalement chez les femmes jeunes que ces résections partielles sont indiquées, car elles les mettent à l'abri de la stérilité.

Cette tentative de rétablissement du pavillon de la trompe, la salpingotomie, a été déjà pratiquée par Skutsch, Gersuny, Marti, Pozzi, etc. et elle a donné de bons résultats.

L'observation ci-dessous que nous rapportons, vient à l'appui de ce que nous venons de dire.

OBSERVATION V:

La nommée E... (Marie) âgée de 17 ans, femme de chambre entrée le 6 juin 1898, salle St-Jean, lit n° 5 (Hôtel-Dieu).

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Nuls.

Réglée à 16 ans. Perd pendant 15 jours et ses règles reviennent 2 mois après, toujours mal réglée. Elles durent 8 à 10 jours quand elles se produisent. Depuis 3 mois et demi, la malade a des pertes jaune-verdâtre, tachant le linge en jaune. Pas de douleur en urinant.

C'est alors que les douleurs s'établissent brusquement dans la fosse iliaque gauche sans irradiations, puis elles passent à droite

Exagérée par la marche, les douleurs sont plus fortes pendant la nuit. Appétit conservé. Souffre un peu de l'estomac le matin et après les repas. Constipation. Au toucher vaginal on trouve l'utérus congestionné, augmenté de volume, immobilisé. A gauche, masse dure descendante et adhérente au plancher pelvien. A droite, cordon de salpingite.

Le 20 juin. — On trouve au toucher vaginal, l'utérus relativement petit avec col pointu. Un peu de rétroversion. A gauche, toujours une tumeur du volume d'une noix, plutôt mollassse.

Le 26 juin 1898: — Anesthésie à l'éther. Incision médiane. On trouve la trompe droite peu adhérente, flexueuse, ayant sur ses parois des masses blanc-jaunâtre semblables à des tubercules caséifiés. On l'enlève ainsi que l'ovaire. A gauche, la partie externe de la trompe volumineuse et kystique, est réséquée, la partie qui subsiste est reconnue perméable au cathétérisme; on incise son bord inférieur et on l'étale sur l'ovaire reconnu sain où elle est fixée par des sutures fines au catgut faites avec les aiguilles à entérorrhaphie.

Dans le cul-de-sac, on trouve une masse granulo-tuberculeuse, qu'on cautérise au thermocautre. Mickulicz, suture en masse au fil d'argent.

Le 27 juin. — La malade a une température de 38°7 qui se maintient pendant 2 jours. Pouls, 150 par minute, le lendemain de l'opération, descendu à 130 et 120 les jours suivants.

Le 30 juin. — Température 37°5, pulsations presque normales. L'état de la malade n'inspire aucune crainte. (Voir observ. XXVII)

Colpo-cœliotomie.

La colpo-cœliotomie dont le manuel opératoire est des plus simples et consiste dans ses grandes lignes : à ouvrir, suivant les cas, le cul-de-sac antérieur ou postérieur du vagin, absolument de la même façon que dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale ; à luxer temporairement l'utérus dans le vagin, soit pour mieux explorer la cavité pelvienne, soit pour entraîner avec cet organe les annexes et rendre ainsi plus accessible la lésion dont on se propose l'ablation.

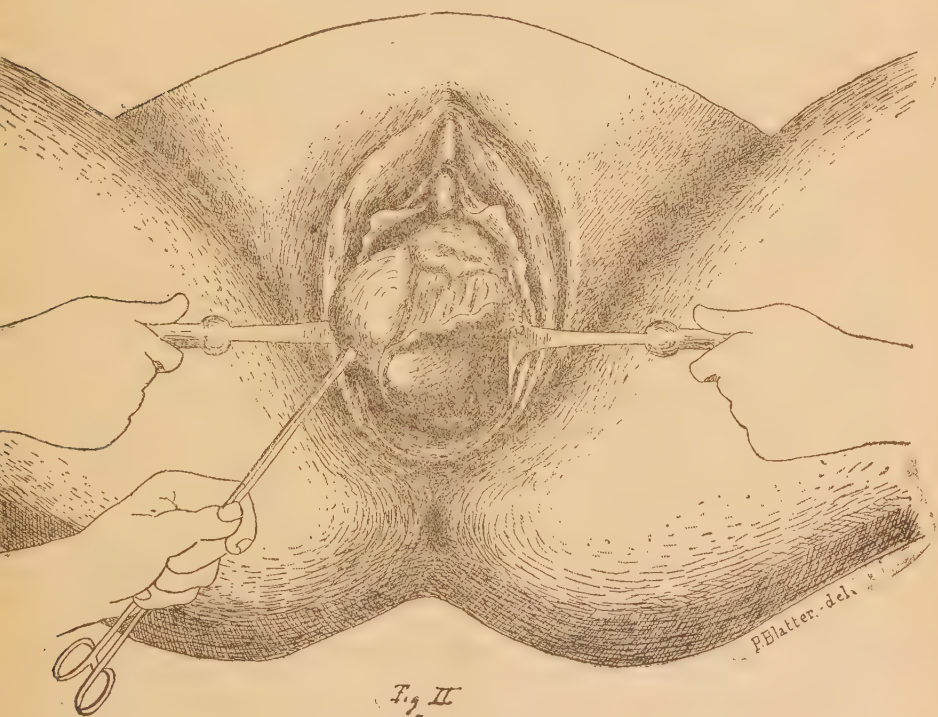


Fig. II

Colpo-cœliotomie antérieure. Luxation des annexes gauches à la suite de la bascule de l'utérus dans le vagin.

Mais si la colpo-coeliotomie est une excellente opération dans les cas de périméthro-salpingite suppurée et d'hématocèle rétro-utérine suppurée, elle devient une opération insuffisante dans les cas où les annexes sont infectées et ne peuvent être extirpées par la voie vaginale ou parce qu'elles sont trop volumineuses, ou surtout parce que des adhérences solides les immobilisent dans le bassin. Ces lésions sont alors plus justiciables d'une opération plus étendue, nous voulons parler de la laparotomie abdominale.

OBSERVATION VI

La nommée M... (Marie) âgée de 30 ans, blanchisseuse lit n° 19. Salle Saint-Jean (Hôtel-Dieu) le 22 mai 1898.

La malade avait de la fièvre et dans le cul-de-sac postérieur on sent des cordons et l'ovaire droite prolabée. Le diagnostic d'hématocèle ayant été porté on l'anesthésie à l'éther le 31 mai et on pratique l'incision du cul-de-sac postérieur. L'utérus est décollé jusqu'à son extrémité supérieure après avoir détruit des adhérences avec le rectum. On ne trouve rien en arrière. Sur les côtés on dédouble les ligaments larges et l'on sent deux masses très adhérentes de la grosseur d'une noix verte, celle de droite un peu plus grosse et plus rapprochée, ce sont les trompes.

Tamponnement à la gaze iodoformée.

La malade est sortie le 13 juin 1898 refusant la laparotomie.

OBSERVATION VII

Blanche M. âgée de 29 ans, lit n° 4, salle Saint-Jean. Salpingite droite. Opérée le 2 novembre, Anesthésie à l'éther. Le cul-de-sac antérieur est ouvert aux ciseaux. On trouve l'ovaire adhérent et difficilement libéré.

On resèque la trompe et l'ovaire. L'après-midi hémorrhagie. Laparotomie et ligature d'une veine du plexus de la paroi antérieure de l'utérus. Le même jour 3 litres de sérum.

La température monte légèrement et se maintient aux environs de 39°,5 pendant les jours suivants.

Le 3 novembre, 500 grammes de sérum.

Le 4 — 200 grammes —

Guérie et sortie le 24 novembre.

OBSERVATION VIII

La nommée A... (Mathilde) âgée de 30 ans ménagère, lit n° 8. Salle Saint-Jean (Hôtel-Dieu) le 2 mai 1898.

Le toucher de la malade révèle l'utérus légèrement rétrofléchi, une annexite double paraissant peu volumineuse et peu adhérente.

Le 7 mai on pratique la colpo-cœliotomie et on tombe sur des annexes volumineuses, surtout à gauche, et adhérentes à tel

point qu'il a été impossible de les enlever par la voie vaginale. On bourre le cul-de-sac postérieur à la gaze iodoformée.

Ultérieurement on fit une laparotomie.

OBSERVATION IX

La nommée C... (Augustine). Entrée le 6 avril 1898, âgée de 24 ans, fleuriste, lit n° 17. Salle Saint-Jean (Hôtel-Dieu).

Opérée le 30 avril. Anesthésie à l'éther. Incision du cul-de-sac antérieur où l'on rencontre les annexes atteintes, grosse poche de salpingite, trop volumineuse pour être évacuée par voie vaginale.

Tamponnement.

La malade a refusé tout traitement et elle est sortie de l'hôpital le 10 mai 1898.

Hystérectomie vaginale.

L'hystérectomie vaginale est considérée comme étant une opération moins grave que la laparotomie, car elle met plus sûrement à l'abri de l'infection péritonéale, parce qu'elle permet d'éviter plus sûrement la blessure de la vessie et qu'elle facilite le drainage dans le cas de suppurations étendues. Elle a l'avantage de mettre à l'abri de l'éventration et enfin il n'y a pas de cicatrice sur le ventre.

Mais en revanche on peut lui reprocher à juste titre d'exposer à la blessure des uretères, à des hémorragies mortelles, et qu'elle nécessite l'ablation de l'utérus

quelquefois sain, et dont la présence concourt à la solidité du plancher pelvien. Elle expose à la blessure d'une anse intestinale. C'est une opération aveugle laissant quelquefois des parties malades ou des adhérences péritonéales, qui pourront être plus tard l'origine d'accidents graves tels que l'occlusion intestinale ; enfin elle expose au prolapsus des organes abdominaux et pelviens.

Il est certain qu'une opération qui permet de toucher, de voir ce que l'on est en train de faire, comme la laparotomie est certainement supérieure, surtout en présence des affections abdominales dont la nature est si difficile à déterminer, que Gaillard Thomas insiste sur la difficulté du diagnostic lorsqu'il dit :

« Il arrive tous les jours de voir des praticiens inexpérimentés, poser un diagnostic rapidement et après un examen superficiel, tandis que le vétérân instruit, pratique un examen plus minutieux et se prononce avec moins de hâte. Le dernier a été si souvent trompé qu'il connaît sa faiblesse, l'autre en est encore à l'apprendre ».

De plus dans la laparotomie le chirurgien travaille plus à l'aise dans un champ plus large, qu'il peut explorer et où il peut s'assurer de son hémostasé, tandis que dans l'hystérectomie on ne peut voir en même temps qu'on agit au fond du vagin. Enfin quand un suintement sanguin venu du fond de la plaie se produit, venant de l'épiploon ou du pédicule sectionné et mal pincé, le chirurgien est désarmé et doit recourir au tamponnement ou aux injections très chaudes.

CONCLUSIONS

I. — Dans certains cas de métro-salpingite, l'électrolyse peut rendre de véritables services.

II. — Il est des cas, comme dans la métrite blennorrhagique et certaines métrites à altération profonde de la muqueuse utérine, où le curettage agit, comme cause déterminante d'une salpingite non préexistante. Dans ces cas le curettage peut être efficacement remplacé par l'électrolyse.

III. — La colpo-cœliotomie est une mauvaise opération dans le cas de grosses salpingites, surtout quand il y a des adhérences.

IV. — Il serait contraire aux intérêts des malades et aux préceptes d'une saine gynécologie, de négliger complètement l'une de ces méthodes (laparotomie, colpo-cœliotomie, hystérectomie vaginale) au profit de celle qui jouirait de la faveur exclusive du chirurgien.

Il importe de bien saisir les indications, de savoir se borner, dans certains cas, à une simple colpocœliotomie, tandis que dans d'autres on doit très hardiment exécuter l'extirpation totale de l'utérus et des annexes par la voie abdominale ou vaginale. Toutefois nous donnons la préférence à la laparotomie que nous considérons comme l'opération de choix dans les cas où l'extirpation est indiquée, car elle permet, comme nous l'avons dit plus haut, au chirurgien d'opérer pour ainsi dire à ciel ouvert, et de savoir mesurer l'étendue de l'intervention en raison du degré des lésions.

BIBLIOGRAPHIE

- AUVARD. — Traité de gynécologie, 1884.
- ARAN. — Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus, 1858.
- BLANC. — De l'inflammation péri-utérine chronique avec épanchement (Thèse de Lyon, 1887).
- BROCA. — Salpingite et abcès pelviens chez la femme (Gaz. hebdom., 29 juin 1898.
- BOUILLY. — De l'ouverture par la voie vaginale des collections purulentes, salpingées et ovariennes. Bull. Soc. chir., juillet 1890.
- BONNET. — Gaz. des hôp., 1892.
- BERNSTEIN. — Diss, Würzburg, 1888.
- BAUDRON ET PILLIET. — Soc. anat., 1891.
- BONNET. — Des salpingo-ovarites enkystées dans un foyer de pelvi-péritonite et leur trait. par la voie vaginale (Thèse de Lyon, 1894).
- BERNUTZ. — Arch. tocol., 1885.
- CHARRIER. — Thèse de Paris, 1891.
- CONNESCASSE. — Du choix de l'intervention dans les affections des annexes de l'utérus.
- DELBET. — Des suppurations pelviennes. Paris, 1891.
- DEGEN. — Traitement chirurgical des affections inflammatoires et néoplasiques de l'utérus et de ses annexes (Arch. prov. de chir., 1892).

- DUPLAY ET RECLUS. — Traité de chirurgie, t. VIII.
- GOULFOND. — Salpingotomie vaginale, extirpation vaginale et unilatérale de pyo-salpinx (Lyon méd., 5 et 16, 1896).
- FRITSCH (H.). — Traité des maladies de femmes. Trad. franç., 1898.
- FRITSCH ET BRESLAU. — Quatrième congrès de tocol. et gynéc. allemande.
- FREUND. — Somnil. klin. vart, de la ponction vaginale dans les hydrosalpinx.
- FULD. — A. f. gyn. XXXIV, 191.
- GALLIARD THOMAS. — Traité des maladies des femmes.
- GUSSEROW. — Z. f. gyn. X, 329.
- HEGAR ET KALTENBACH. — Traité de gynéc. opérat. Traduction par M. Bar, 1885.
- HEYDENREICH. — Sem. méd. Août 1889.
- HOTMAN DE VILLIERS. — Thèse de Paris, 1891.
- IMLACH, BYFORD, MUNDE. — Amer. Journ. of obst., 1886.
- KLOTZ. — Wien méd. Wochenschr., 1882, 38.
- LEICHENSTERN. — Deutsche med. Wochenschr., 1889, 524.
- LABADIE-LAGRAVE ET LEGUEU (F.), — Traité médico-chirurgical de gynécologie, 1898.
- LAROYENNE. — Lyon méd., 1886.
- LORRAIN. — Gaz. des hôp., 1873.
- LE DENTU. — Traité des affections inflamm. des annexes et de l'utérus (Gaz. des hôp., février 1892).
- LANDAU. — Diagnostic et traitem. des collections tubaires (Congrès gynéc. Berlin. Centralblatt gyn., 1892).
- LAWSON. — The Lancet, 30 oct. 1886.
- LAVIE-MONTPROFIT. — Thèse de Paris, 1888.
- MUNDE. — The traitement of pelvis abcess in worner by incisien and drainage (Amer. of obs. I, XIX, 1883).
- MEINERT. — C. f. gyn., 1888², 505.

- MERMANN. — Centr. f. gyn., 1881.
MORDRET. — Thèse de Paris, 1890.
ORTHMANN. — Virchow's Arch. Bd. CVIII, 1887.
PICHEVIN. — Elytrotomie et cœliotomie vaginale (Sem. méd.,
11 août 1895).
PÉAN. — Gaz. des hôp., 1891.
POZZI. — De la laparotomie sous-péritonéale (Bull. Soc. de chir.,
13 avril 1886).
— Traité de gynécologie, 1890.
QUETSCH. — C. f. gyn., 1884, 19.
ROSTHORN. — A. f. gyn., XXXVII, 100.
RÉMY. — Blennorrhagie de l'utérus, Ann. de gynéc., 1879.
ROUTIER. — Traitement des suppurations pelviennes [et des lésions bilatérales des annexes (Congr. fr. de chir., 1892).
SKUTCH. — A. f. gyn. XXXV, 536.
SEUVRE. — Recherches sur l'inflamm. des trompes utérines, 1874.
SCHROEDER. — Maladies des femmes, 1885.
SAUGER. — A. f. gynéc., XXV, 125.
SECOND. — Congrès intern. de gynéc. Bruxelles, 1892.
SCHANTA, MARTIN, etc. — Verhandlugen V, Congresses de deutschen ges. f. gynécol., 1893.
TERRILLON. — Salpingites et ovarites. Paris, 1891.
VERMEIL. — Thèse de Paris, 1880.
WALTON. — Drainage utérin, Gand, 1888.
WIEDOW. — Zur opér. Behondlung pyosalp. Art. Balt. f. gyn.,
1885, 10.
ZWEIFEL. — A. f. gyn., XXXIX, 13.

Vu par le président de la thèse
PAUL BERGER

Vu par le doyen
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

